

医科点数表の解釈 令和4年4月版

Web追補 No.20 (令和6年1月号)

令和6年1月11日作成

- 以下の通知・事務連絡により、本書の内容に変更が生じたので、ここに追補します。
 - 令和5年12月19日 保医発1219第5号(令和5年12月20日適用)
 - 令和5年12月28日 保医発1228第3号(令和6年1月1日適用)
 - 令和5年12月28日 医療課事務連絡
- Web追補のバックナンバーは、当社ウェブサイト上の『診療報酬関連情報ナビ』からご覧いただけます。本追補と併せてご利用ください。<https://www.shaho.co.jp/publication/navi/>
- 以下の事務連絡が発出されています。『診療報酬関連情報ナビ』の診療報酬関連情報データベースより、本追補と併せてご確認ください。
 - ・「令和5年秋以降の新型コロナウイルス感染症の流行状況を踏まえた施設基準等に関する臨時的な取扱いについて」の一部延長について(令和5年12月22日医療課事務連絡)
 - ・「疑義解釈資料の送付について(その63)」(令和5年12月28日医療課事務連絡)

頁	欄	行	変更前	変更後
439			<p>〔D001尿中特殊物質定性定量検査の「8」アルブミン定量(尿)及びD013肝炎ウイルス関連検査の「3」HBs抗原, HBs抗体を合算した所定点数(187点)を準用する項目として追加〕</p> <p>◇ プロスタグランジンE主要代謝物(尿)</p> <p>ア プロスタグランジンE主要代謝物(尿)は、潰瘍性大腸炎の患者の病態把握の補助を目的として、尿を検体とし、CLEIA法により測定した場合は、D001尿中特殊物質定性定量検査の「8」アルブミン定量(尿)及びD013肝炎ウイルス関連検査の「3」HBs抗原, HBs抗体を合算した所定点数を準用して3月に1回を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p> <p>イ 潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として、D003糞便検査の「9」カルプロテクチン(糞便)、D007血液化学検査の「57」ロイシンリッチα_2グリオブリン又はD313大腸内視鏡検査を同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。</p> <p style="text-align: right;">(令 5.12.28 保医発 1228 3)</p>	
441	右	上から2行目	又はLA法	, LA法又は金コロイド凝集法
441	右	上から9~10行目	クローン病についてはELISA法, FEIA法, イムノクロマト法又はLA法	クローン病についてはELISA法, FEIA法, イムノクロマト法, LA法又は金コロイド凝集法
			[黄色網かけはWeb追補No.14にて改正済み]	
441	右	上から15~16行目	<p style="text-align: center;">(令 4. 4.28 保医発 0428 9)</p> <p style="text-align: center;">(令 5. 5.31 保医発 0531 4)</p>	<p style="text-align: center;">(令 4. 4.28 保医発 0428 9)</p> <p style="text-align: center;">(令 5. 5.31 保医発 0531 4)</p> <p style="text-align: center;">(令 5.12.28 保医発 1228 3)</p>
			[黄色網かけはWeb追補No.14にて改正済み]	
442			<p>〔D004穿刺液・採取液検査の「14」リン酸化タウ蛋白(髄液) 2回分の所定点数(1,282点)を準用する項目として追加〕</p> <p>(1) アミロイドβ42/40比(髄液)は、厚生労働省の定めるレカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与の可否を判断する目的にアミロイドβ病理を示唆する所見を確認するため、CLEIA法により、脳脊髄液中のβ-アミロイド1-42及びβ-アミロイド1-40を同時に測定した場合、D004穿刺液・採取液検査「14」のリン酸化タウ蛋白(髄液) 2回分の所定点数を準用して患者1人につき1回に限り算定する。ただし、レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は、上記のように合算した点数をさらに1回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、D004穿刺液・採取液検査「14」のリン酸化タウ蛋白(髄液)と併せて行った場合は主たるもののみ算定し、レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与の可否を判断するに当たり実施した、E101-2に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影、E101-3に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はE101-4に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影について</p>	

頁	欄	行	変更前	変更後
			ては別に算定できない。	図 (令 5.12.19 保医発 1219 5)
			(2) アミロイドβ42/40比(髄液)は、厚生労働省の定めるレカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医師が常勤で複数名配置されている場合に算定する。 ア 認知症疾患に関する専門の知識並びに10年以上の軽度認知障害の診断及び認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有する常勤の医師である。 イ アミロイド関連画像異常の有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せてレカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与継続、中断又は中止を判断し、必要な対応が可能な医師である。 ウ 関連学会等が実施する磁気共鳴コンピューター断層撮影によるアミロイド関連画像異常の読影、アルツハイマー病の病態及び診断並びにレカネマブ(遺伝子組換え)製剤投与対象患者及びレカネマブ(遺伝子組換え)製剤による治療に関する研修を修了している。	図 (令 5.12.19 保医発 1219 5)
			(3) アミロイドβ42/40比(髄液)は、厚生労働省の定めるレカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医療機関で行われた場合に算定する。 ア 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携している施設である。 イ レカネマブ(遺伝子組換え)製剤を投与する患者について、初回投与時及び初回投与後に、当該患者の背景情報の把握並びに安全性及び有効性を評価するための調査を確実に実施できる施設である。	図 (令 5.12.19 保医発 1219 5)
			(4) アミロイドβ42/40比(髄液)は、(2)及び(3)のいずれにも該当する医療機関と連携している施設で行われた場合であっても算定できる。	図 (令 5.12.19 保医発 1219 5)
463			【D007血液化学検査の「48」オートタキシンの所定点数(194点)を準用する項目として追加】	
			◇ サイトケラチン18フラグメント(CK-18F) ア サイトケラチン18フラグメント(CK-18F)は、1ステップのサンドイッチ法を用いた酵素免疫測定法により、非アルコール性脂肪肝疾患の患者(疑われる患者を含む。)に対して、非アルコール性脂肪性肝炎の診断補助を目的に実施した場合は、D007血液化学検査の「48」オートタキシンを準用して算定する。 イ 本検査とD007血液化学検査の「37」のプロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド(P-Ⅲ-P)、同区分「36」のⅣ型コラーゲン、同区分「40」のⅣ型コラーゲン・7S、同区分「43」のヒアルロン酸、同区分「48」のMac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体又は同区分「48」のオートタキシンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。	図 (令 5.12.28 保医発 1228 3)
564			【E101-2ポジトロン断層撮影の「2」の ¹⁸ FDGを用いた場合、同区分「注4」の乳幼児加算及びE101-5乳房用ポジトロン断層撮影を合算した所定点数(12,500点)を準用する項目として追加】	
			(1) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影については、厚生労働省の定めるレカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する場合に、E101-2ポジトロン断層撮影「2」の ¹⁸ FDGを用いた場合、同区分「注4」の乳幼児加算及びE101-5乳房用ポジトロン断層撮影を合算した所定点数を準用して患者1人につき1回に限り算定する。ただし、レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は、上記のように合算した点数をさらに1回に限り算定できる。なお、本撮影が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。	図 (令 5.12.19 保医発 1219 5)
			(2) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影による画像診断、E101-3に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はE101-4に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影のうち、いずれか複数を、レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与の要否を判断するに当たり実施した場合には、いずれか主たるもののみを算定する。	図 (令 5.12.19 保医発 1219 5)
			(3) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影は、厚生労働省の定めるレカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医師が常勤で複数名配置されている場合に算定する。 ア 認知症疾患に関する専門の知識並びに10年以上の軽度認知障害の診断及び認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有する常勤の医師である。 イ アミロイド関連画像異常の有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せてレカネマブ(遺伝子組換	

頁	欄	行	変更前	変更後
			<p>え) 製剤の投与継続, 中断又は中止を判断し, 必要な対応が可能な医師である。</p> <p>ウ 関連学会等が実施する磁気共鳴コンピューター断層撮影によるアミロイド関連画像異常の読影, アルツハイマー病の病態及び診断並びにレカネマブ (遺伝子組換え) 製剤投与対象患者及びレカネマブ (遺伝子組換え) 製剤による治療に関する研修を修了している。 ☒</p> <p>(令 5.12.19 保医発 1219 5)</p> <p>(4) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影は, 厚生労働省の定めるレカネマブ (遺伝子組換え) 製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って, 次のいずれにも該当する医療機関で行われた場合に算定する。</p> <p>ア 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携している施設である。</p> <p>イ レカネマブ (遺伝子組換え) 製剤を投与する患者について, 初回投与時及び初回投与後に, 当該患者の背景情報の把握並びに安全性及び有効性を評価するための調査を確実に実施できる施設である。 ☒</p> <p>(令 5.12.19 保医発 1219 5)</p> <p>(5) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影は, (3)及び(4)のいずれにも該当する医療機関と連携している施設で行われた場合であっても算定できる。 ☒</p> <p>(令 5.12.19 保医発 1219 5)</p> <p>(6) アミロイドPETイメージング製剤を医療機関内で製造する場合は, アミロイドPETイメージング製剤の製造に係る衛生管理, 品質管理等については, 関係学会の定める基準を参考として, 十分安全な体制を整備した上で実施する。 ☒</p> <p>(令 5.12.19 保医発 1219 5)</p> <p>(7) アミロイドPETイメージング製剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ, 別に算定できない。 ☒</p> <p>(令 5.12.19 保医発 1219 5)</p> <p>(アミロイドPETイメージング製剤使用ポジトロン断層撮影に関する疑義解釈)</p> <p>問 アミロイドPETイメージング製剤を医療機関内で製造せず, 市販の医薬品を購入して使用する場合の費用は, 当該点数に含まれるのか。</p> <p>答 現時点においては当該点数に含まれるものとする。 (令 5.12.19 保医発 1219 5<別添>問1)</p> <p>問 アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影における診療用PET薬剤の製造や撮像について, 関連学会の定める「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」における「診療用PET薬剤製造施設認証」及び「PET撮像施設認証」を受けている必要があるか。</p> <p>答 アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影について, 「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」における「診療用PET薬剤製造施設認証」及び「PET撮像施設認証」を受けていることは現時点では要件に含まれないが, 「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」に基づく品質管理を実施すること及び令和6年5月末までにこれらの認証を受けていることが望ましいこと。 (令 5.12.19 保医発 1219 5<別添>問2)</p>	
564	右	下から17行目	¹⁸ F DG 製剤を医療機関内で製造する場合は, ¹⁸ F DG 製剤の製造	¹⁸ F DG 製剤又はアミロイドPETイメージング製剤を医療機関内で製造する場合は, ¹⁸ F DG 製剤又はアミロイドPETイメージング製剤の製造
564	右	下から13行目	[次行に追加]	(令 5.12.19 保医発 1219 5)
564	右	下から4行目	¹⁸ F DG 並びに ¹³ N 標識アンモニア剤	¹⁸ F DG, ¹³ N 標識アンモニア剤並びにアミロイドPETイメージング製剤
564	右	下から3行目	[次行に追加]	(令 5.12.19 保医発 1219 5)
565			<p>[E101-3ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影の「2」の¹⁸F DGを用いた場合, 同区分「注4」の乳幼児加算及びE101-5乳房用ポジトロン断層撮影を合算した所定点数(13,625点)を準用する項目として追加]</p> <p>(1) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影については, 厚生労働省の定めるレカネマブ (遺伝子組換え) 製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って, アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し, レカネマブ (遺伝子組換え) 製剤の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する場合に, E101-3ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影「2」の¹⁸F DGを用いた場合, 同区分「注4」の乳幼児加算及びE101-5乳房用ポジトロン断層撮影を合算した所定点数を準用して患者1人につき1回に限り算定する。ただし, レカネマブ (遺伝子組換え) 製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は, 上記のように合算した点数をさらに1回に限り算定できる。なお, 本撮影が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 ☒</p> <p>(令 5.12.19 保医発 1219 5)</p> <p>(2) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影による画像診断, E101-2に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影又はE101-</p>	

頁	欄	行	変更前	変更後
			4に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影のうち、いずれか複数、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の可否を判断するに当たり実施した場合には、いずれか主たるもののみを算定する。 (令 5.12.19 保医発 1219 5)	
			(3) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影は、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医師が常勤で複数名配置されている場合に算定する。 ア 認知症疾患に関する専門の知識並びに10年以上の軽度認知障害の診断及び認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有する常勤の医師である。 イ アミロイド関連画像異常の有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せてレカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与継続、中断又は中止を判断し、必要な対応が可能な医師である。 ウ 関連学会等が実施する磁気共鳴コンピューター断層撮影によるアミロイド関連画像異常の読影、アルツハイマー病の病態及び診断並びにレカネマブ（遺伝子組換え）製剤投与対象患者及びレカネマブ（遺伝子組換え）製剤による治療に関する研修を修了している。 (令 5.12.19 保医発 1219 5)	
			(4) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影は、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医療機関で行われた場合に算定する。 ア 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携している施設である。 イ レカネマブ（遺伝子組換え）製剤を投与する患者について、初回投与時及び初回投与後に、当該患者の背景情報の把握並びに安全性及び有効性を評価するための調査を確実に実施できる施設である。 (令 5.12.19 保医発 1219 5)	
			(5) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影は、(3)及び(4)のいずれにも該当する医療機関と連携している施設で行われた場合であっても算定できる。 (令 5.12.19 保医発 1219 5)	
			(6) アミロイドPETイメージング製剤を医療機関内で製造する場合は、アミロイドPETイメージング製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施する。 (令 5.12.19 保医発 1219 5)	
			(7) アミロイドPETイメージング製剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 (令 5.12.19 保医発 1219 5)	
566	右	上から18行目	¹⁸ F DG 製剤を医療機関内で製造する場合は、 ¹⁸ F DG 製剤の製造	¹⁸ F DG 製剤及びアミロイドPETイメージング製剤を医療機関内で製造する場合は、 ¹⁸ F DG 製剤及びアミロイドPETイメージング製剤の製造
566	右	上から22行目	[次行に追加]	(令 5.12.19 保医発 1219 5)
566	右	下から27行目	¹⁸ F DG	¹⁸ F DG, ¹³ N 標識アンモニア剤並びにアミロイドPETイメージング製剤
566	右	下から26行目	[次行に追加]	(令 5.12.19 保医発 1219 5)
566			[E101-4ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、同区分「注4」の乳幼児加算及びE101-5乳房用ポジトロン断層撮影を合算した所定点数(14,160点)を準用する項目として追加]	
			(1) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影については、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の可否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する場合には、E101-4ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、同区分「注4」の乳幼児加算及びE101-5乳房用ポジトロン断層撮影を合算した所定点数を準用して患者1人につき1回に限り算定する。ただし、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は、上記のように合算した点数をさらに1回に限り算定できる。なお、本撮影が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 (令 5.12.19 保医発 1219 5)	
			(2) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影による画像診断、E101-2に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影又はE101-3に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影のうち、いずれか複数、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の可否を判断するに当たり実施した場合には、いずれか主たるもののみを算定する。 (令 5.12.19 保医発 1219 5)	

頁	欄	行	変更前	変更後
				(令 5.12.19 保医発 1219 5)
			(3) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医師が常勤で複数名配置されている場合に算定する。 ア 認知症疾患に関する専門の知識並びに10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有する常勤の医師である。 イ アミロイド関連画像異常の有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せてレカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与継続、中断又は中止を判断し、必要な対応が可能な医師である。 ウ 関連学会等が実施する磁気共鳴コンピューター断層撮影によるアミロイド関連画像異常の読影、アルツハイマー病の病態及び診断並びにレカネマブ（遺伝子組換え）製剤投与対象患者及びレカネマブ（遺伝子組換え）製剤による治療に関する研修を修了している。	
			(4) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医療機関で行われた場合に算定する。 ア 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携している施設である。 イ レカネマブ（遺伝子組換え）製剤を投与する患者について、初回投与時及び初回投与後に、当該患者の背景情報の把握並びに安全性及び有効性を評価するための調査を確実に実施できる施設である。	
			(5) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は、(3)及び(4)のいずれにも該当する医療機関と連携している施設で行われた場合であっても算定できる。	
			(6) アミロイドPETイメージング製剤を医療機関内で製造する場合は、アミロイドPETイメージング製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施する。アミロイドPETイメージング製剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。	
567	右	上から12行目 (2カ所)	¹⁸ F DG 製剤	¹⁸ F DG 製剤及びアミロイドPETイメージング製剤
567	右	上から14行目	¹⁸ F DG	¹⁸ F DG 製剤及びアミロイドPETイメージング製剤
567	右	上から15行目	【次行に追加】	(令 5.12.19 保医発 1219 5)
1044	右	上から36行目	ア (略) イ 経皮的心房中隔欠損閉鎖術、経皮的卵円孔開存閉鎖術、経皮的カテーテル心筋焼灼術、下大静脈フィルター留置術、下大静脈フィルター除去術又は心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）(右心カテーテル)を実施した患者の早期離床を目的とした大腿静脈穿刺部位の止血を行う場合に、6Fr以上12Fr以下のイントロデューサーシーースを使用した症例であって、当該患者が手術の翌々日までに帰宅した場合に限り一連につき4セットまで算定できる。	ア (略) イ 経皮的心房中隔欠損閉鎖術、経皮的卵円孔開存閉鎖術、 経皮的左心耳閉鎖術 、経皮的カテーテル心筋焼灼術（ 心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの ）、 経皮的カテーテル心筋焼灼術（その他のもの） 、下大静脈フィルター留置術、下大静脈フィルター除去術又は心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）(右心カテーテル)を実施した患者の早期離床を目的とした大腿静脈穿刺部位の止血を行う場合に、6Fr以上12Fr以下のイントロデューサーシーースを使用した症例であって、当該患者が手術の翌々日までに帰宅した場合に限り一連につき4セットまで算定できる。
			【黄色網かけはWeb追補No.17にて追加済み】	

医科点数表の解釈

『医科点数表の解釈』編集部

@ika_kaishaku

https://twitter.com/ika_kaishaku

X (Twitter) では医療図書のご案内や追補などの情報提供、その他審議会などの情報をお知らせします。どうぞご利用ください。